

Trabalhos originaes

Bratesia laringea

Sintoma premonitório da insuficiencia ventricular 6.

por

Thomaz Mariante

Deslumbrada com a precisão, *aparentemente* matematica, dos diagnosticos e prognosticos fundados no exame radiologico e electrografico do coração, a geração medica actual deixa para segundo plano a observação diréta do doente, a pesquisa e a interpretação dos sintomas e sinais obtidos pelo simples exame clinico, o que, a meu vêr, é um erro e um mal. Um mal porque, a falta de conveniente exercicio, torna *obtusos os nossos sentidos*, instrumentos preciosos de que podemos dispor em qualquer local, e modo que o medico, habituado a só pensar através da maquina ou da reacção, quando se vê longe desses processos, se torna inefficiente e incapaz de attitude util. Um erro porque por mais valiosos que sejam esses processos, e Deus me livre de os diminuir ou desprezar, serão sempre, quando considerados isoladamente, abstrações diagnosticas, creações artificiaes, sómente tornando-se, de fáto, elementos de indiscutivel valor no precisar um diagnostico ou no estabelecer um prognostico, quando orientados e vitalizados pela clinica.

Mas, de quanta valia não nos poderá ser um sinal bem pesado ou um sintoma bem interpretado, quando, á cabeceira de um doente nos vêmos ante um quadro clinico que é preciso compreender, cuja interpretação urge no imperativo de uma indicação terapeutica imediata? A medicina foi, é, e será sempre a clinica e desgraçado daquele que isto não quizer entender, esteando exclusivamente as suas dedugões terapeuticas e prognosticas no trabalho dos tecnicos de laboratorio. Acho, pois, que todo aquele que procurar tirar do exame immediato do doente material para novos estudos, visando obter elementos de maior precisão na analise clinica, de molde a facilitar a solução do problema, cada dia renovado e sempre desafiando a nossa argúcia profissional, contribuindo assim para que a Medicina volte aos seus eixos, readquirindo o seu necessario equilibrio, orientada pela razão e pelo bom senso, fará obra meritoria, embora, á primeira vista, para muitos, de mediocre importancia.

Justificada, assim, a minha ousadia, trago ao conhecimento dos colegas, para que o procurem e verifiquem si, de fáto, tem algum valor ou alguma utilidade pratica, um pequeno sintoma, fácil de observar, uma vez que dele se tenha conhecimento e se lhe dê a merecida attenção.

De início, devo declarar que, embora o haja procurado como tal nos autores que me são familiares, e não o tenha encontrado, como não me passa pela cabeça a veleidade de ter lido tudo o que possa diréta ou indiretamente com ele se relacionar, apenas julgo, sem o afirmar, não haver sido ainda apontado. Consiste em uma sensação de fervura ou de estalos na garganta que os pacientes acusam, quando vão adormecendo ou após conciliado o sono, despertando-os e obrigando-os a tossir e a sentar na cama, com o que desaparece logo, na maioria dos casos, em alguns outros persistindo por mais tempo, tornando-se muito molesta. O esforço, mais raramente, também a provoca. Alguns doentes comparam-na ao ruído produzido pela água em ebulição, ao estalar de pequenas bolhas, etc., parecendo, por vezes, propagar-se para a orelha interna. Quasi sempre localizada na altura da laringe, outras, aparece sobre a furcula esternal. Os doentes, para dela se livrarem provocam a tosse, eliminando, por vezes, pequena quantidade de escarro branco, viscoso ou espumoso. Ao exame objetivo nada ou quasi nada se percebe, mui raramente sendo encontrados, nas partes altas dos pulmões, sub-crepitantes finos muito discretos.

Ora, toda a vez que tal sintoma compareceu, em um tempo mais ou menos longo, variando de 24 horas a mais de uma semana, instalaram-se graves acidentes de insuficiência ventricular esquerda, do tipo asma cardíaca ou edema agudo do pulmão. Passada a tempestade, de novo surgia a avisar da aproximação de outra borrasca, teimando em se apresentar diariamente, apesar do tratamenato instituído, nos casos de maior gravidade, ainda em permanente ameaça de rutura de equilibrio funcional. Só me foi dado notar esse sintoma em hipertensos, cardiorenais ou aorticos em iminencia, como já vimos, ou melhor, talvez, em início de descompensação. A primeira vez que o encontrei, ou antes, que para ele dirigi a minha atenção, como o paciente acusasse propagação dos estalos para o aparelho da audição, pensei na possível existencia de um catarro das trompas, ao qual, desastradamente o procurei fi-liar, pois, nem havia catarro das trompas conforme exame especializado, como, em breve, tomando-me de surpresa, surgia terrível acesso de asma cardíaca. Edificado com essa lição, passei a perguntar a todos os meus doentes, quando estes o não relatavam espontaneamente, sobre a existencia do sintoma e, na quasi totalidade dos casos, sempre que o ventriculo E entrava a claudicar, era ele presente, o que me permitiu, estou convencido, muitas vezes, evitar, por um tratamento tonicardiaco então indicado, os terriveis accidentes acima citados.

Para comprovar o que acaba de ser dito, vou expor a observação que se segue, pois, é um dos casos mais típicos, em que houve «concordancia absoluta entre a clinica e o laboratorio e em que a constatação do reaparecimento do sintoma, indicando a necessidade de mais ainda am-parar o miocardio, veio evitar, nova crise de insuficiência ventricular esquerda grave, para maior satisfação do paciente, que dela ficára, mui justamente, apavorado. Observação:

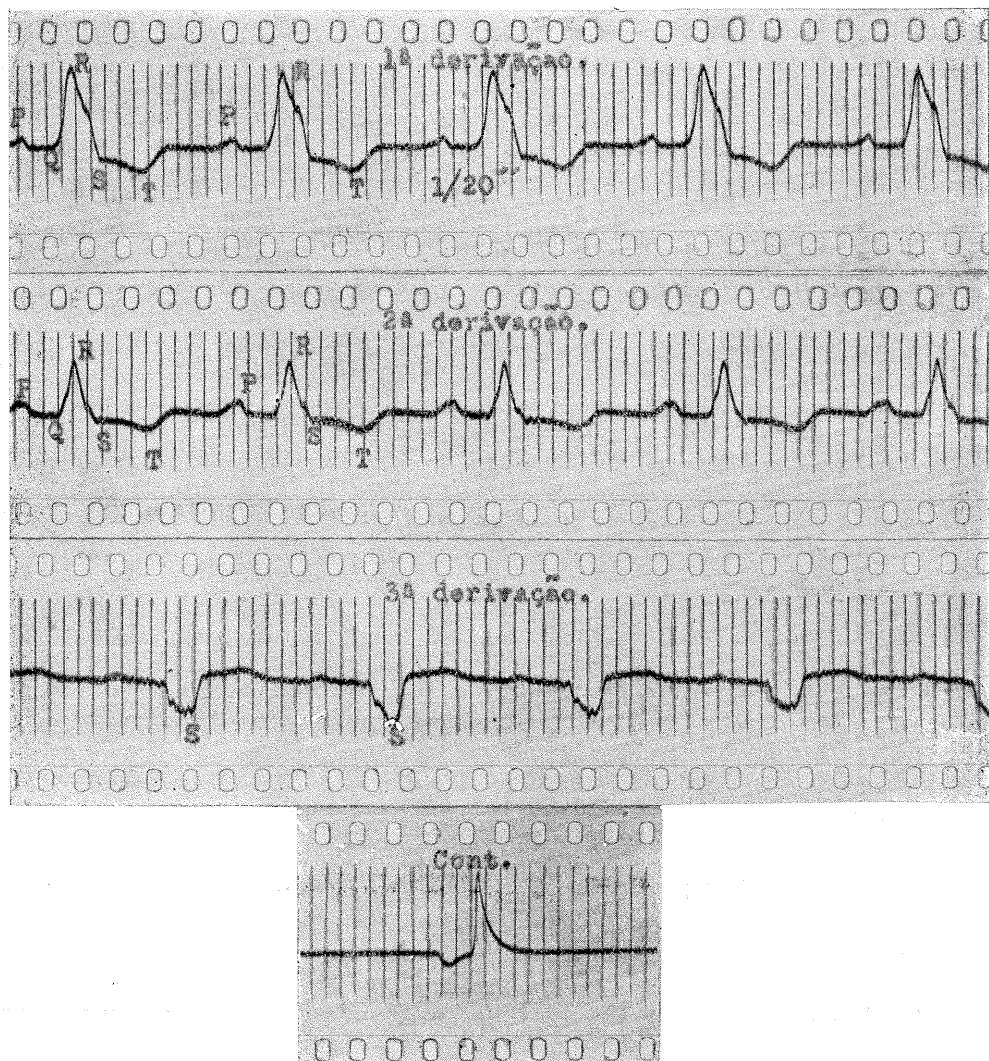
Em julho de 1932 fui procurado por B. M., com 54 anos de idade, branco, casado, de profissão comerciante, natural deste Estado, porque, alguns dias antes, como andasse sentindo falta de ar ao fazer algum esforço, estado que se iniciára cerca de 2 anos antes, lenta e insidiosa-

mente, e julgasse tratar-se de uma asma bronquica, por sua propria iniciativa, tomára algumas injecões que lëra serem para tal caso uteis, e, em seguida, fôra vítima de violenta e duradoura crise de dispnéa nocturna, que, a muito custo cessára com a intervenção do colega Gastão Rhodes, então chamado. Confessa ter sido contaminado pela sífilis mais ou menos com 25 anos de idade, a qual em breve determinava um forte ataque ás articulações, realisando o quadro de reumatismo sífilítico. Fez tratamento especifico com irregularidade, mas, mesmo assim, chegou a obter um Wassermann negativo, sendo que no momento da consulta havia algumas variantes do Wassermann positivo fraco. Não usa alcool, mas, fuma um charuto após as refeições. Sua historia familiar é pouco interessante para o caso; o pai morrêra violentamente e a mãe em consequencia de um cancer. Trata-se de um homem macrosplanênico, bem conservado, gordo, pele do rosto lisa e corada, cabelos grisalhos, com 1m73 de altura e pesando 87 kilos. Havia taquisfigmia moderada, 90 pulsações por minuto, pulso regular, pressão Mx de 17 e Mn 10, existia bem caracterizado galope esquerdo e a 2.^a bulha era reforçada e dura no fóco aortico. Ficou firmado o diagnostico de aortite de provavel natureza sífilítica, com hipertensão em fase de moderada insuficiencia ventricular esquerda e instituido o tratamento respectivo: repouso, drastico, leite e 50 gotas de digitalina a razão de X gotas por dia. Cinco dias depois voltava B. H. ao meu consultorio muito melhorado: a dispnéa, antes, permanente, já não mais se fazia presente, o pulso era de 78, a pressão Mx de 15 e a Mn de 8, não havia galope, mas a 2.^a bulha, no fóco aortico se tornara francamente clangorosa e parecia haver desdobramento da 1.^a na região mucronica. Após ter recebido instrução sufficiente sobre a sua alimentação e modo de viver, partia levando a indicação de uma cura iodada, sob a forma de 40 injecões de endoiódina, a serem feitas em 3 meses. A 25 de Setembro de 1933, novamente procurava-me B. H., afirmando ter passado até a vespera muito bem, mas, que então, após um esforço maior que fizêra lavando um auto, fôra, á noite, tomado de forte falta de ar, tendo sido chamado o seu medico assistente, dr. Gastão Rhodes. Repetida a administração do drastico e das 50 gotas de digitalina, novamente tudo se normalisou. Após essa crise, passou cerca de 8 meses perfeitamente bem, tão bem, que resolveu abandonar o regime e recomeçou a fumar. Algum tempo depois principiou a sentir, quando ia conciliar o sono, ou logo após a primeira hora deste, especie de estalidos na garganta, incomodos, que o obrigavam a procurar a posição sentada e a tossir, eliminando algumas vezes pequena quantidade de catarro branco, viscoso, e, em seguida, tudo cessava e o sono era permitido. De outras vezes, ao andar mais ligeiro, de manhã, lá surgiam eles, então acompanhados de dispnéa, desaparecendo pelo repouso; assim passou cerca de 8 dias, quando, em a noite de 22 de julho pp., 2 dias antes do exame, lá pelas 11 horas, sentiu-se mal, os estalidos se transformaram em ronqueira no peito, intensa falta de ar sobreveiu e sómente após 2 horas de luta o seu medico conseguiu debelar a crise e ele poudo dormir. Examinado por mim a 24, encontrei o pulso a 90, pressão Mx. de 16½ e Mn. de 9 (Vaquez-Laubry), galope, congestão da base E, etc. Tomou um drastico e 25 gotas de digitalina, mas, embora se achasse melhor, notou a volta dos estalidos, o

que o fez vir novamente á minha presença no dia 27, tendo eu encontrado a 1.^a bulha na ponta e a 2.^a na base desdobradas; imediatamente pedi um exame electrografico e uma teleradiografia, o que foi feito no dia seguinte, pelo illustrado electrocardiologista dr. Pedro Maciel, dando o seguinte resultado:

Electrocardiograma — Os complexos auriculares e ventriculares se sucedem com intervalos regulares nas 3 derivações.

1.^a derivação — Onda P positiva, de bôa amplitude.



Espaço P R = 0,19"

" Q R S — 0,15"

" R T — 0,35"

Ramo descendente de R apresentando 2 ganchos.

Onda T invertida.

2.^a derivação: Apresenta as mesmas modificações do complexo ventricular observadas em 1.^a, com complexo auricular normal.

3.^a derivação — Flexa principal S.

Ritmo ventricular 82 p. m.

Conclusões — O traçado apresenta os caracteres típicos de grande atipia ventricular com bloqueio completo do ramo direito do feixe de His (alargamento considerável de Q R S, ganchos no ramo descendente de R, onda T invertida em D 1.^a e D 2.^a, flexa principal S, em 3.^a derivação).

Segundo Lian e Blondel o prognóstico é sempre reservado nos casos de grande atipia ventricular, tornando-se mais sombrio quando coexiste a síndrome de insuficiência cardíaca ou o pulso lento permanente. Ao exame radiológico foi constatada a normalidade dos diâmetros cardíacos e aumento do diâmetro aórtico (4 mm) ao nível da crossa.

Inegável se torna, não só em face da evolução clínica dos casos em que essa sensação foi notada, todos chegando a serias manifestações de insuficiência ventricular E, como ante os resultados dos exames radiológico e, principalmente, electrográfico, evidenciando graves alterações miocárdias, no doente cuja observação venho de lêr, a relação entre o aparecimento do sintoma e o esfalfamento, a claudicação do ventrículo E. Qual a sua fisiopatologia? Qual o seu mecanismo? De momento, sem ainda bastante segurança, penso que seja o do edema agudo esboçado, em miniatura, fugaz. Lutembacher, analisando e relatando os sintomas do edema agudo do pulmão, diz: "Depois comparece a tosse com sensação de fervura na garganta — *"bouillonnement dans la gorge"*". Na verdade, os meus doentes não tinham tosse, mas, a provocavam, eliminando, então, algumas vezes, pequena porção de catarro branco, viscoso ou espumoso. Seja como fôr, creio representar ele a vanguarda dos sinais da insuficiência ventricular esquerda e da perigosa e comprometedora hipertensão da pequena circulação, resultando de leve edema com espasmo da laringe, acompanhado de pequeníssima transudação de serosidade, provocado pelo decubito ou pelo esforço, evidenciando um começo de claudicação do miocárdio ventricular, que este consegue ainda dominar, até chegar a não ser mais capaz de o fazer, desencadeando-se então a tempestade da insuficiência ventricular aguda. Assim, pois, salvo melhor juízo, considero o sintoma um elemento capaz de nos revelar a iminência da insuficiência do ventrículo esquerdo e como é de fácil verificação, talvez se possa enfileira-lo ao lado dos ou-

tros classicamente encontrados nos portadores das afecções em que sóe aparecer, de modo a permitir não só um diagnostico precoce e "ipso facto" uma terapeutica eficiente, como a evitar surpresas desagradaveis. Em ultima analise poderá servir para nos orientar sobre a conveniencia de um exame mais minucioso, indicando, quiçá, a necessidade da exploração electrocardiografica.

Conhecido o sintoma, havia necessidade de um nome que o identificasse e para tal recorri aos profundos conhecimentos linguisticos do nosso preclaro colega Mario Bernd, que logo se prontificou a m'o fornecer, propondo o de *bratestesia laringea*, formado do verbo grego "*brat-tein*", ferver, e das palavras "*estesia*", sensação, e *laringea*, na laringe; portanto: sensação de fervura na laringe.

Si o sintoma não tiver valor ou si já fôr conhecido, pelo menos, o nome é original e poderá ser usado na mais perfeita propriedade de linguagem.